



DEMANDE D'ADHÉSION APRIL SANTÉ MIX

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent :

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui Non

Nouvelle adhésion Modification

Fax/Email transmis le :

N° de l'assureur-conseil :

1 MES COORDONNÉES

Adhérent : M. Mme

Nom : ESTIVALET

Prénom : Arlette

Nom de naissance : _____

Né(e) le : 05/04/1954

Département de naissance :

Commune de naissance : AHUY

Pays de naissance : FRANCE

Nationalité : Française Autre : _____

Adresse : 44 Rue de Lisleferme
Residence nicolas Beaujon - Appt 59

Code Postal : Ville : BORDEAUX

Tél. domicile : _____ Tél. portable : +33612737655

Adresse email (1) : arlette.estivalet@gmail.com

Situation de famille : Divorcé(e) Nombre d'enfants à charge :

N° de Sécurité sociale de l'adhérent : (obligatoire)

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Activité professionnelle : Retraité

Profession exacte de l'adhérent : _____

Frontalier Suisse (2)

Nom de naissance du conjoint : _____

N° de Sécurité sociale du conjoint si assuré : (obligatoire)

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Profession exacte du conjoint si assuré : _____

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE - ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)

S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois Oui Non

Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :

Nom de la société d'assurance : _____

Adresse : _____

CP : _____ Référence contrat : _____

Nom de l'adhérent/souscripteur du contrat : _____

2 APRIL SANTÉ MIX

Date d'effet souhaitée :

(Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance. En cas de souscription avec reprise à la concurrence les garanties prendront effet dans les 30 jours qui suivent la notification de résiliation auprès de l'ancien assureur.)

FORMULE ET NIVEAU DE GARANTIE

- Choisissez votre formule
- Pour la formule sélectionnée, choisissez le(s) niveau(x) de garantie souhaité(s) :

<input type="checkbox"/> FORMULE HOSPITALISATION* non responsable	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (GB)	<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*	<input type="checkbox"/> 3*			
<input checked="" type="checkbox"/> FORMULE SANTE COMPLÈTE	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (BA)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	NIVEAU MODULE FRAIS DE SANTÉ (MI)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> FORMULE SANTE RENFORCÉE	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (BA)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> RENFORT FAMILLE (S1) ou <input type="checkbox"/> RENFORT SENIOR (S2)	NIVEAU MODULE FRAIS DE SANTÉ (MI)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

* Formule ou niveau de garantie non responsable ne permettant pas de bénéficier du dispositif fiscal Madelin.

Déductibilité Madelin : Oui Non (concerne uniquement la formule santé complète et la formule santé renforcée).

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994, ses décrets d'application, et article 154 bis et article 62 du Code général des impôts). Vous pouvez également bénéficier de la déductibilité Madelin pour vos ayants-droit si ces derniers sont rattachés à votre Régime Obligatoire.

Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez « Oui » et indiquez le Régime Obligatoire Général.

(1) En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (2) Résident Français affilié au régime obligatoire de base français et travaillant en Suisse.

PERSONNES À GARANTIR

	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE ⁽³⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁴⁾			
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE
ADHÉRENT(E)	ESTIVALET	Arlette	05/04/1954	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	x			
CONJOINT(E) / ASSURÉ				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

En cas de souscription du conjoint, merci de préciser :

Nationalité :

Département, commune et pays de naissance :

	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE ⁽³⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁴⁾				N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DES ENFANTS
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE	
1 ^{er} ENFANT				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
2 ^e ENFANT				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
3 ^e ENFANT				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
4 ^e ENFANT				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
5 ^e ENFANT				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
6 ^e ENFANT				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

(3) Mettre une croix pour l'option choisie.

(4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel. Pour les professions libérales rattachées au Régime Général, cochez «Salarié» et non «TNS».

CALCUL DES COTISATIONS

Le détail des cotisations est mentionné sur l'estimation tarifaire qui vous a été remise par votre assureur-conseil.

COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC :	110,77 € / mois
.....	
.....	
COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC :	1 329,24 € / an
Cotisation à l'Association des Assurés APRIL ⁽⁵⁾ :	0,80 € / mois
Frais de dossier ⁽⁶⁾ :	20 €

Réduction duo⁽⁷⁾

(5) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.

(6) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

(7) Rappel des réductions possibles : 10% de réduction dès 2 assurés au contrat. Réduction intégrée à l'ensemble de la cotisation mensuelle totale TTC.

Ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties : 65,00 %

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par AXERIA PREVOYANCE au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties : 29,50 %

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par AXERIA PREVOYANCE au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

3 LE RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUES
ANNUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible
MENSUELLE ⁽⁸⁾	<input checked="" type="checkbox"/>	Impossible



Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois

10.

(8) Cotisation minimum pour le paiement mensuel : 16 €/mois. A défaut, optez pour une périodicité trimestrielle.

REMBOURSEMENT PRESTATIONS

Coordonnées IBAN de l'adhérent. Ces coordonnées sont à compléter si différentes de celles du paiement des cotisations.

FR76 1330 6001 0766 0008 9413 674

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Titulaire du compte :
Arlette ESTIVALET

« Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et en fonction de la formule ou du niveau de garantie souscrit à l'une des conventions souscrites par elle auprès de AXERIA Prévoyance (APRIL Sante Mix 2019S01 pour les formules Santé Complète et Santé Renforcée, responsables, APRIL Santé Mix 2019S02 la formule Hospitalisation non responsable) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion.

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme d'assurance au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit MIX201120DIP.

Les dispositions de cette convention définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans la Notice valant conditions générales référencée MIX201120, dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare avoir reçu à l'adhésion un exemplaire du tableau de garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la Notice, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste être informé que je peux renoncer à mon contrat dans les conditions et selon le modèle de rédaction prévus au sein de la Notice valant conditions générales. Je suis également informé que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

En tant que travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal « Loi Madelin », j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL Santé Prévoyance, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL Santé Prévoyance, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins commerciales par APRIL sauf opposition, en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance soit par mail à gestion@april.com, soit par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous, soit directement depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Santé Prévoyance.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail dpo.asp@april.com ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service

BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL Santé Prévoyance concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances. »

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de service.

Fait à le / /

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil
Charenton Guillaume



La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention
"lu et approuvé"

